№ 5. Maj 1912 r. Rok VII.

Kronika Dentystyczna

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ I SPRAWOM ZAWODOWYM.

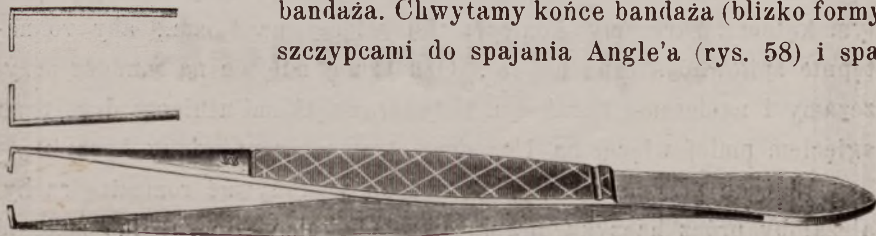
Prace oryginalne.

Rys ortodontji nowoczesnej
podług systemu Angle'a

NAPISAŁ
Wincenty Zawidzki.
Lekarz-dentysta.

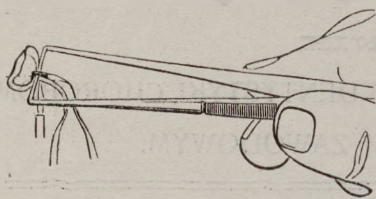
(Ciąg dalszy. Zob. № 10, 11, 12 r ub., № 2, 3, 4 r. b.).

L u t o w a n i e. Do spajania bandaży używamy łatwotopliwego łączna srebrnego grubości nie większej, jak 0,2 mm. Łączno to rozcinamy na kawałki nieco węższe, niż szerokość paska, długości około 2 mm. Końce paska bandażowego smarujemy boraksem na szerokość 2 mm., wystrzegając się zwilżenia wnętrza bandaża, gdyż lut stanowczo popłynąłby w tę stronę, robiąc najlepszy bandaż nieużytecznym; pomiędzy wysmarowane boraksem końce wsuwamy kawałek łączna, również zmoczonego w boraksie, bacząc na to, aby ono nie wystawało do wnętrza bandaża. Chwytamy końce bandaża (blizko formy) szczypcami do spajania Angle'a (rys. 58) i spa-



Rys. 58.

jamy nad palnikiem, najlepiej Grünberg'a (zob. wyżej), trzymając szczypce tak, żeby szersza średnica szyjowa bandaża była zwrócona do nas, abyśmy mogli obserwować proces spajania (rys. 59), przyczem płomień



Rys. 59.

śpiczasty nigdy nie powinien być skierowywany do wewnątrz bandaża, lecz po za szczypce (rys. 59), gdyż tylko przy takiem postępowaniu złączą się należycie oba końce paska. Do spajania np. małej rurki z bandażem na szwie należy wypiłować odpowiednie wgłębienie (rys. 60) i, przytrzymując następnie obie części cienkiemi szczypczykami technicznemi (rys. 29), spajamy małym kawałkiem łączna.



Rys. 60.

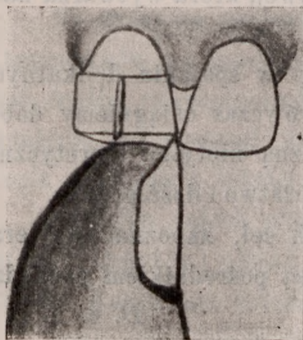
Następnie, gdy łączno się rozpłynęło, odtleniamy bandaż, wrzucając go do alkoholu, lub gotujemy po ostygnięciu w roztworze kwasu siarczanego. Teraz możemy już przylutowywać rozmaite zaczepki do bandaża, z pośród których haczyki i guziczki prawie zawsze są wystarczające. Haczyki łatwiej przylutowywać, więc je przeważnie stosujemy dla zaczepiania lub oparcia nawiązek.

Jak wiadomo, łuk sprężysty leży po stronie wargowej, haczyki więc robimy po stronie językowej. Dalej wiemy, że łuk leżeć winien normalnie przy szyjce zębów, żeby zastosowane siły działały ile możności na środek zęba, z czego wynika, że haczyki muszą być na jednakowej wysokości z łukiem, żeby zębów nie wydłużać i nie skracać, gdzie tego dany przypadek nie wymaga. Gdy więc nałożyliśmy prawidłowo bandaż na ząb, robimy ostrem narzędziem znak, gdzie należy przylutować haczyk z drutu nowosrebrnego grubości 0,5—0,75 mm. Do bandaży irydo-platynowych używamy drutu irydo-platynowego z domieszką 20% irydu, grubości 0,5 mm. (najlepiej nabywać wprost w Platinschmelze Heräus in Hanau). Zaginamy tedy drut pod prostym kątem i skracamy koniec mniej więcej na 1 mm., aby go następnie spiłować skośno na 45°. Oznaczone miejsce na bandażu oczyszczamy i nacieramy boraksem. Gdy teraz cążkami utniemy drut poza zagięciem mniej więcej na $1^1/_2$ mm., otrzymamy pożądany haczyk.

W tych przypadkach, gdzie trzeba wykonywać rozmaite ruchy, należałoby prócz haczyka przylutowywać kolce (Sporn) lub zmienić bandaż, co możemy zwykle ominąć, gdy przylutujemy wprost guziczek

(rys. 61). W imadle spiłowywujemy koniec 1,5 mm. grubego drutu wokoło do $^1/_2$ mm. średnicy, skracamy go mniej więcej na $^1/_2$ mm. i przylutowywujemy do bandaża, rozpalając wpierw drut, aby dopiero wtenczas zbliżyć do niego bandaż. Gdy cienki koniec grubego drutu dobrze złączyliśmy z bandażem, odcinamy kabłącznicą drut na $^1/_2$ mm. poza spiłowanym końcem i otrzymujemy pożądany guziczek.

Gdy zrobiliśmy haczyk lub guziczek, wtenczas dopiero odcinamy końce paska, zostawiwszy grzbiet na 1 mm. Teraz odtleniamy bandaż w roztworze kwasu siarczanego, aby go po tej procedurze spiłować karborundem, zrównać krążkami papierowymi, zważając na to, żeby grzebień szwu wynosił conajmniej $^1/_2$ mm., gdyż inaczej bandaż łatwo pęknie. Ze względów estetycznych możemy ze strony wargowej bandaża zrobić wycięcia półksiężycowe aż do $^1/_3$ szerokości paska; ostatecznie można go oczyścić ostrożnie pumeksem i pozłocić (wystarcza płynem do złocenia przy pomocy cynku: Gelbe Vergoldung von O. Buhtz, Berlin, Friedrichsgracht 32). Złocony bandaż nakładamy na ząb, aby wyprostować ew. wgięcia i wogóle go wypróbować, posługując się do tego bardzo dobrze paznokciem wielkiego palca (rys. 61), dalej wyciętym trzonem lusterka (rys. 62) oraz dłutem (rys. 63), które młotkiem drewnianym (rys. 64) pobijamy tak samo, jak bednarz obręcz na beczkę. Gdy tedy bandaż prawidłowo ułożyliśmy, zdejmujemy go, aby obmyć wyskokiem i osuszyć do nacementowania. Dla zębów dolnych nadaje się najlepiej, jak wiadomo, cement Ames'a resp. cement prędko twardniejący, który rozrabiać należy dość prędko, aby można było bandaż łatwo wsunąć na swoje miejsce. Wysmarowany cementem bandaż nakładamy na osuszony ząb czubkiem palca, żeby cement uchodził ku szyjce zęba; paznokciem, trzonem lusterka oraz dłutem i młotkiem osadzamy bandaż szybko na miejscu, trzymając go następnie dopóki cement nie stwardnieje. Na zakończenie oczyszczamy ząb i bandaż z nadmiaru wyciśniętego cementu. Od niedawna wyrabia

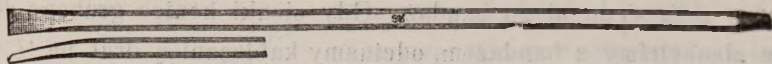


Rys. 61

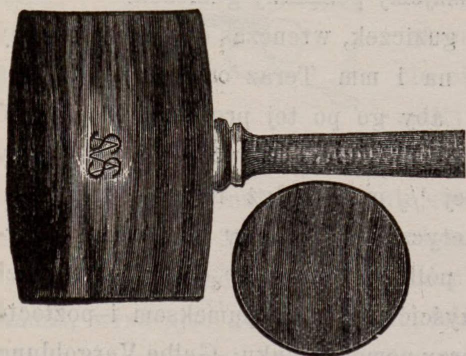


Rys. 62.

firma S. S. White łączno srebrne w formie drutu, które nadaje się doskonale do spajania bandaży i t. d., gdyż nie trzeba przygotowywać kawałków łączna, tylko spajamy końcem drutu-łączna, trzymając



Rys. 63.



Rys. 64.

jego zwoje w lewej lub prawej ręce, aby od końca rozpuścić tyle, ile potrzeba. Oczyszczone miejsce bandaża smarujemy więc boraksem, aby je rozgrzać dobrze i dopiero wówczas należy zbliżyć łączno. Do spajania bandaża wprowadzamy łączno wewnątrz, pociągając je po szwie, żeby weszło pomiędzy wytarte boraksem końce paska. Jeżeli nabierzemy wprawy przy spajaniu tym sposobem, wtenczas będziemy mogli często stosować tę dogodniejszą formę łączna srebrnego; drut-łączno nadaje się tylko dla spajarki gazowej, która wytwarza nadzwyczaj delikatny płomień.

Wogóle należy sumiennie ćwiczyć się w spajaniu delikatnych przyrządów ortodontycznych, gdyż tylko wówczas osiągniemy dobre wyniki. Lekarz, znający technikę dentystyczną nietylko teoretycznie lecz i praktycznie, pokona pewne odrębności łatwo i dość prędko.

Znając przyrządy ortodontyczne i ich cel, zapoznać się teraz musimy z rozmaitemi nawiązkami, które są pośrednikiem pomiędzy łukiem sprężystym a zębami. *D. c. n.*

Z kazuistyki dentystycznej.

PODAŁ
M. Krakowski.

1) Cukrzyca, jako przyczyna wadliwego gojenia się ran po wyjęciu zębów. Juljan P., lat 32, piekarz, zwrócił się do mnie, narzekając na silne bóle w dolnej szczęce po lewej stronie. Bóle odczuwane były

od kilku tygodni podczas dnia i nocy. Rozmaite „krople" nic nie pomogły. Pacjent był nadzwyczaj blady, twarz miał zapadłą; dostępne dla oka śluzówki były również bardzo blade; na rękach widoczna była wysypka w postaci drobnych punkcików; muskulatura wogóle była słabo rozwinięta.

Z wywiadów dowiedziałem się, że pacjent od dwóch lat cierpi na cukrzycę; przed rokiem chorował na zapalenie płuc i nerek. Wspomniana wysypka jednak wystąpiła dopiero po przejściu zapalenia płuc; leczono ją najrozmaitszemi maściami, jednak bez dodatniego wyniku. Obecnie szczególniejszych dolegliwości pacjent nie ma (prócz bólu zębów); od czasu do czasu cierpi tylko na niestrawność i podrażnienie dróg moczowych (częste oddawanie moczu).

Przy oględzinach jamy ustnej stwierdziłem następujące zmiany: brak większej ilości zębów (niektóre wyjęte zostały przez samego pacjenta); z dolnych dwuguzkowców pozostały zgorzelinowe pnie (po lewej stronie), tkwiące w rozrośniętych dziąsłach; najmniejszy ucisk powodował silny ból; w górnej szczęce pozostały przednie zęby, mocno rozchwiane, aczkolwiek pozornie zdrowe; śluzówka jamy ustnej w stanie silnego przekrwienia; język obłożony był szarawym nalotem; ślina o kwaśnym odczynie, gęstawa; z ust silne cuchnienie.

Na życzenie pacjenta wymienione pnie dolnych dwuguzkowców i trzonowców po lewej stronie zostały usunięte *bez użycia jakiegokolwiek środka znieczulającego.* Pacjent wytrzymał operację dobrze. Po usunięciu pni nastąpił nieznaczny krwotok, który ustał po zastosowaniu płukania z letniej wody.

Po kilku dniach pacjent zgłosił się do mnie, narzekając na nieustanny krwotok i pewne „drażnienie" w ranach po wyjętych zębach, pomimo stosowania zalecanego płukania.

Przy oględzinach jamy ustnej (ran po wyjętych zębach) można było zauważyć znaczne skrzepy krwi, tworzące jednostajną galaretowatą masę o błyszczącej powierzchni.

Skrzepy zostały usunięte, a następnie rany oczyszczone sterylizowaną watą, zmoczoną w rozczynie przeciwgnilnym. Krwotok, który nastąpił, powstrzymany został przy pomocy rozczynu ferropyryny.

Po kilku dniach chory zgłosił się ponownie do mnie, narzekając na jakieś „nieprzyjemne" uczucie w ustach; rany od czasu do czasu krwawiły.

Przy oględzinach jamy ustnej okazało się, że rany znowu pokryte były skrzepami krwi jak poprzednio i nie wykazywały najmniejszej skłonności do gojenia. Po usunięciu skrzepów i wyjodynowaniu ran zwolniłem pacjenta.

Po 2 tygodniach dały się zauważyć następujące zmiany: wszystkie rany zlały się; dno ich było blade i miejscami pokryte szarym nalotem; w miejscu ostatniego usuniętego zęba widać było lejkowate wgłębienie, pokryte takimż szarawym nalotem: brzegi ran zabarwione były na kolor niebieskawy i nieprawidłowo wystrzępione; dziąsła naokoło ran były twarde, mocno zaczerwienione; przy najmniejszem dotknięciu występował ból.

Rany nieco przypaliłem azotanem srebra; po kilku dniach utworzyła się płaska powierzchnia, która po usunięciu nalotu okazała się ciemno-czerwoną.

Przy częstem przepłukiwaniu ran i niejednokrotnem przypalaniu kwasem trójchloroctowym po 6 tygodniach zaledwie nastąpiło słabe tworzenie się ziarniny. Po upływie jeszcze tygodnia rany miały wygląd mniej więcej prawidłowy.

Bezsprzecznie w danym przypadku cukrzyca moczowa była powodem nieprawidłowego gojenia się ran.

2) Głuchota po założeniu w ubytek próchnicowy tamponika z waty. Helena J., l. 20, szwaczka, z wyglądu zdrowa, zgłosiła się do mnie, narzekając na ból zębów.

Z opowiadań chorej dowiedziałem się, że już od kilku dni odczuwa silne bóle w dolnej szczęce; występują one przeważnie w nocy i podczas spożywania pokarmów (o wysokiej lub nizkiej temperaturze).

Oględziny jamy ustnej wykazały: zęby prócz pierwszych dolnych trzonowców były w dobrym stanie; śluzówka normalna; kamień nazębny w nieznacznej ilości na przednich zębach.

Zbadanie spróchniałych zębów wykazało, że miazga w lewym trzonowcu była obnażona; termiczne i mechaniczne czynniki wywoływały silny ból; skonstatowano ostre zapalenie miazgi.

W prawym spróchniałym trzonowcu (po lekkiem oczyszczeniu) okazało się, że miazga pokryta była dość grubą warstwą zębiny; stwierdzono tylko nieznaczną nadczułość.

W ubytek próchnicowy 1-go trzonowca włożyłem czopek, zmo-

czony w rozczynie fenolowym kokainy, do ubytku zaś lewego—w celu uśmiercenia miazgi—arszenik. Bóle ustały.

Po kilku godzinach pacjentka wróciła do mnie i oświadczyła, że jakkolwiek ból zębów ustał, zato w lewym uchu powstał szum i osłabł słuch po tej stronie (słabo słyszy).

W celu przekonania się poleciłem pacjentce zatkanie prawego przewodu słuchowego; nizkich tonów nie rozróżniała zupełnie, wysokie zaś wywoływały rodzaj syczenia; uderzeń zegarka kieszonkowego zupełnie nie rozróżniała. Na pytanie, czy nie choruje na ucho, odpowiedziała, że już dość długi czas leczy się u jednego z tutejszych lekarzy chorób uszu wskutek zapalenia ucha.

Włożony do ubytku próchnicowego lewego zęba tamponik został natychmiast usunięty; zęba pacjentka nie chciała więcej drażnić w obawie złych skutków.

W przytoczonym przypadku podrażnienie nerwu trójdzielnego wystarczyło, ażeby odbiło się to na przytępieniu wrażliwości nerwu słuchowego.

3) Zaniemówienie po uśpieniu chloroformowem. Wiadomo, że chloroform przy wdychaniu w celu znieczulania oprócz chwilowych zboczeń w działaniu różnych narządów (systemu nerwowego, krwiobiegu, narządu oddechowego i t. d.) może również powodować zmiany organiczne w wątrobie, nerkach, aorcie, mięśniu sercowym. O takich zboczeniach nie będziemy tu mówili. Lecz zato w literaturze ostatnich czasów spotykamy opisy takich komplikacji znieczulania chloroformowego, które wykazują, że szkodliwe działanie chloroformu nie ogranicza się jeszcze na wyżej przytoczonych komplikacjach i zboczeniach. Swego czasu prof. warszawskiego uniwersytetu, Wasiljew, w swoim „Kursie chirurgji teoretycznej" opisał przypadek porażenia kończyn u pewnej kobiety, której wyjęto w uśpieniu chloroformowem 14 zębów. Paraliż nastąpił natychmiast po przebudzeniu się i trwał dwa miesiące.

Przypadek ten, bardzo rzadki, zdaniem prof. W., bardziej jeszcze stwierdza toksyczny wpływ chloroformu na nerwy.

Obserwowałem niedawno następujący przypadek.

Chana B., l. 30, słabo rozwinięta, wyczerpana, jak sama twierdzi, bardzo nerwowa i wrażliwa, która często miewa ataki histerji (czkawka, płacz spazmatyczny i t. p.), zwróciła się do mnie z prośbą o wyjęcie większej ilości zębów w uśpieniu chloroformowem.

Po starannem zbadaniu przez lekarza, pacjentka poddana była uśpieniu. Nastąpiło ono prawidłowo i dość prędko; doliczywszy zaledwie do 10, pacjentka zasnęła; operacja trwała 10 min. i przeszła pomyślnie; chora ani razu nie budziła się. Oczy przez cały czas uśpienia były nawpół otwarte i skierowane w przestrzeń. Chora wdychała nie więcej, jak 6,0 grm. chloroformu. Przebudzenie nastąpiło bardzo powoli.

Na zapytanie, czy odczuwała bóle, mruczeniem oraz kiwnięciem głową dała poznać, że nic nie odczuwała. Po przepłukaniu jamy ustnej pacjentka zasnęła ponownie i spała kilka godzin. Budzona nieraz dla przepłukiwania ust, wydawała tylko jakieś niewyraźne dźwięki i wskazywała na ból głowy i w jamie ustnej. Gdy czuła się lepiej, udała się w towarzystwie męża do domu.

Nazajutrz zgłosił się przerażony mąż i oświadczył, że żona od czasu przybycia do domu nic nie mówi, narzeka na silne bóle głowy i niekiedy spazmatycznie płacze; pokarmu nie chce przyjmować.

Przypuszczając, że zaniemówienie i stan podniecony są tylko objawami histerji, zaleciłem pacjentce kilka łyżek na dobę $4^0/_0$ roztworu bromku sodu. Wieczorem dnia następnego pacjentka zaczęła mówić, narzekając tylko na ból głowy.

Przypadki zaniemówienia, połączone z utratą głosu lub bez niej u histeryczek zdarzają się często *(aphasia funcionalis Kussmaul'a)*. Niekiedy może ono trwać przez dość długi czas (Charcôt). Działanie chloroformu na ośrodki mózgowe w przytoczonym przypadku mogło być powodem czasowej niemoty.

4) Charakterystyczne stwardnienie śluzówki jamy ustnej jako wynik łuszczycy. 27-letni Antoni W., były cukiernik, szczupły, słabo rozwinięty, zwrócił się do mnie z prośbą o wstawienie sztucznych zębów.

Przy oględzinach zewnętrznych zauważyłem co następuje. Twarz blada, oczy zapadłe; skóra naokoło otworów nosowych zmacerowana; dostępne dla oka śluzówki blade; wargi obwisłe; na górnej wardze widać dość szerokie blizny.

Ze słów pacjenta dowiedziałem się, że chorował na zapalenie płuc i obecnie, zdaniem lekarzy, ma skłonność do gruźlicy. Ojciec umarł na suchoty; matka żyje, cierpi na kamienie żółciowe.

Na rok przed zgłoszeniem się do mnie pacjent z powodu *prurigo* i *scabies* przebywał w szpitalu. W czasie pobytu w tym ostatnim za-

częły w jamie ustnej podobno bez żadnego powodu występować białe plamy, szczególnie na śluzówce policzków; plamy te były początkowo nieznaczne, następnie zaczęły się powiększać; wystąpiły również na bocznych powierzchniach języka; wówczas dziąsła opuchły i zaczęły mocno boleć. Ponieważ w ustach pacjent miał sporo zepsutych pni, zdecydował się na usunięcie ich. Po dłuższem leczeniu objawy osłabły. Wskutek bólu pacjent nie był w stanie przyjmować posiłku, wobec czego schudł ogromnie. Lekarze rozpoznali łuszczycę.

Obecnie pacjent w jamie ustnej nic nie odczuwa; dziąsła zagoiły się dobrze, lecz na śluzówce lewego policzka daje się zauważyć jakieś szczególne stwardnienie w postaci kilku pasków, ciągnących się od lewego końca ust do łuku podniebiennego. Paski te są dość twarde; pomiędzy nimi są wyraźnie zarysowane brózdy. Śluzówka w okolicy tego stwardnienia ma normalną barwę i nie boli.

Zmiana ta śluzówki powstała, jak zaznacza pacjent, po przejściu wyżej wspomnianej łuszczycy (leukoplakia oris).

5) Późne wyrzynanie się zęba mądrości. Chana L., l. 64, zamężna, zwróciła się do mnie, narzekając na ból w górnej szczęce po prawej stronie. Ból ten, bardzo męczący, odczuwała ona w ciągu kilku tygodni; w ostatnich czasach powiększył się do tego stopnia, że „niepokoił po całych dniach i nocach". Wskutek bólów pacjentka ogromnie osłabła.

Z opowiadań chorej dowiedziałem się, że od dawna cierpi na ataki reumatyczne; często podczas tych ataków odczuwa dość silny ból zębów; nieraz sama wyjmowała sobie znacznie rozchwiane zęby.

Przy oględzinach jamy ustnej stwierdzono obecność tylko kilku rozchwianych przednich zębów; z dolnych lewych trzonowców pozostały zgorzelinowe pnie. W miejscu, gdzie dawał się odczuwać ból (w górnej szczęce po prawej stronie), nie stwierdziłem żadnych zmian, które mogłyby stanowić przyczynę bólów; śluzówka w stanie normalnym; wyrostek zębodołowy w stanie zaniku.

W miejscu prawego zęba mądrości znajdował się guz, pokryty białą śluzówką; przy naciskaniu tego powstawał silny ból; dało się wyczuwać nierówne wygórowanie twardej konsystencji; próbne przekłucie wykazało obecność koronki zębowej.

Przypuszczając, że wyrzynanie się tego zęba było powodem bólu, przeciąłem przylegające dziąsło; lecz interwencja ta niewiele pomogła.

Po trzech dniach zaproponowałem pacjentce usunięcie wyrzynającego się zęba mądrości, na co chętnie przystała.

Wyjęty ząb, jak się okazało, był słabo rozwinięty, o trzech cienkich zrośniętych korzeniach.

Ból po usunięciu zęba trwał jeszcze przez następny dzień, potem zaś ustał zupełnie.

Dział sprawozdawczy.

11) Prof. Sachs W. (Berlin). **Niektóre sposoby przyrządzania złotych lanych plomb** (Wedł. oryg. w Zub. Mir 5 r. ub.).

Każdy wynalazek, każda nowa metoda oraz wprowadzenie nowych materjałów do celów dentystycznych zazwyczaj początkowo mają wręcz niewłaściwe zastosowanie. Można przytoczyć kilka przykładów, stwierdzających ten fakt. Nieracjonalnie były stosowane amalgamaty do plombowania przednich zębów, nawet u młodocianych pacjentów, przyczem ignorowane było występujące następnie zabarwienie tkanki zębowej. Co prawda, bywają przypadki, gdy wskazane jest użycie amalgamatu i w przednich zębach, co należy jednakże zaliczyć do wyjątków.

Doświadczenie od dawna nauczyło nas, że amalgamaty nie są w stanie spełnić swego zadania w zębach o miękkiej budowie i w ubytkach o nader wątłych ściankach; jednakże, niestety, wypada często spostrzegać grzechy przeciw tej powszechnie znanej prawdzie.

Dobre strony plomb porcelanowych i cementów krzemowych dotąd są niedoceniane. Inaczej niepodobna wytłumaczyć sobie tego, że wielu dentystów zupełnie odrzuciło porcelanowe i krzemowe cementy i usunęło ze swej praktyki te, wcale nie pozbawione właściwego znaczenia materjały, które, odpowiednio zastosowane, okazują się bardzo cennymi, tak jak każdy inny materjał do plombowania.

Amalgamaty i cementy pomimo wszystkie swe wady szybko pozyskały dla siebie sympatję praktyka oraz jego pacjentów, dzięki nadzwyczaj łatwemu obrabianiu, a porcelanowe plomby—dzięki swej pięknej naturalnej barwie, odpowiadającej wymaganiom estetyki.

Wprost przeciwnie, w porównaniu z szerokiem rozpowszechnie-

niem wymienionych materjałów, lana złota plomba powoli zdobywa sobie pole pomimo to, że już więcej, niż od lat pięciu zyskała prawo obywatelstwa i uznana została przez wszystkich, którzy ją stosowali w praktyce, za wielki krok naprzód. Lana plomba nie jest materjałem plastycznym; przygotowywanie jej wymaga doświadczenia, wielkiej dokładności wykonania i połączone jest z pewnymi kosztami; oto powody, które czynią ją dostępną jakoby jedynie dla praktyki „aurea".

Jakkolwiek lane złote plomby ze względu na wysoką cenę materjału nie mogą być wyrabiane dla mniej zamożnych pacjentów, którzy na konserwowanie zębów mogą ofiarowywać tylko niewielkie sumy, nie powinno to jednak stanowić powodu do niestosowania jakiegokolwiek innego materjału, zbliżonego o ile możności do złota pod względem swoich zachowawczych własności.

Czyste srebro (Feinsilber) daje odlew dobry; miękkość tegoż pozwala przez ubijanie (ręczne lub automatyczne) doprowadzić brzegi plomby do ścisłego zetknięcia się z brzegami ubytku. Utlenia się ono w ustach i po jakimś czasie otrzymuje szare zabarwienie, a często nawet czarne; wszystko to jednakże stanowi jedynie estetyczną wadę, mniej szkodliwą, aniżeli zabarwienie wskutek amalgamatu; utlenianie tu udziela się masie zębowej, gdy tymczasem przy czystej srebrnej plombie zapobiega temu cienka warstwa cementu, który służy do połączenia.

W zasadzie rozumie się, że ze względów estetycznych nie należy stosować do przednich zębów lanej srebrnej plomby, tak samo, jak i amalgamatowej, oprócz niektórych wyjątkowych przypadków.

Zdaniem autora, lanej plomby zastąpić niepodobna żadnym innym materjałem tam, gdzie zastowana ona została w odpowiedniem miejscu, a przedewszystkiem w dużych ubytkach trzonowców i dwuguzkowców, po stronie policzkowej, językowej i stycznej, na których wkładka stanowi niewątpliwą ochronę od nawrotu próchnicy. Pod względem pewności i trwałości laną plombę porównywać można chyba tylko ze złotą listkową, ale w wielu przypadkach pierwsza przewyższa ostatnią. Laną plombę można zastosować w tych miejscach, gdzie plombowanie za pomocą listka (folji) bywa połączone ze znacznemi trudnościami, a często nawet jest zupełnie niemożliwe wskutek obszaru ubytku i w tym przypadku, gdy w ubytkach głęboko sięgających pod dziąsło byłoby niemożliwe utrzymywanie suchości za pomocą

ślinochronu podczas plombowania listkiem. Wprawianie lanej plomby wymaga bardzo mało czasu, podczas którego ubytek nawet w razie obfitego wydzielania się śliny może być utrzymywany w suchym stanie za pomocą wałeczków waty, serwetek lub pompek ślinowych.

Autor nadmienia, że jedynie entuzjaści mogą przypuszczać, że lana złota plomba całkowicie zwycięży listkową. Nie podziela on tego zdania, gdyż w mniejszych i średniej wielkości ubytkach plomba listkowa nie straci nigdy wypróbowanego w ciągu wielu dziesiątek lat znaczenia. W bardzo dużych, skomplikowanych ubytkach, dla których najgorętszy nawet zwolennik złotej plomby wybiera amalgamat, wynik zachowawczy lanej plomby najzupełniej odpowiada oczekiwaniom.

Porównywanie dobrze wykonanej plomby złotolistkowej z nieudaną laną plombą lub przeciwnie, co często czynią zwolennicy tej lub innej metody, doprowadza do zupełnie fałszywego wniosku i, rozumie się, nie może stanowić podstawy do zasadniczego oddawania pierwszeństwa tej lub innej metodzie. Autor zapatruje się na to z tego punktu widzenia, że współczesny dentysta powinien być dobrze obeznany z przygotowaniem i właściwem zastosowaniem lanej złotej plomby, w przeciwnym bowiem razie wiedza jego odczuwać będzie znaczną lukę. Rozumie się samo przez się, że przyjmuje się pod uwagę również odpowiednie dla lanych plomb przygotowywanie ubytków, zarówno jak i sposób otrzymywania wycisku woskowego i samo wykonanie odlewu. Wówczas jedynie można liczyć na trwałość lanej plomby, kiedy ubytek jest tak uformowany, że wkładka podczas żucia nie może się zsunąć. Dla uniknięcia niepowodzeń nie należy lekceważyć tego zasadniczego postulatu. Sam cement nie jest w stanie przez czas dłuższy utrzymać plombę w ubytku, jeżeli ostatnia ma kształt muszli. Silny zgryz zsunie ją z miejsca. Najodpowiedniejszemi dla lanych plomb są styczne policzkowe i żujące powierzchnie dwuguzkowców i trzonowców. Boczne ubytki powinny bezwarunkowo być rozszerzane i w stronę powierzchni żującej, ażeby plomba miała pewne oparcie. Zęby oddziela się watą lub gutaperką, włożoną chwilowo pomiędzy zęby (o ile istnieje ząb sąsiedni). W trudniejszych przypadkach stosujemy oddzielacze (separatory). Jeżeli i ostatnie z powodu jakichkolwiek okoliczności nie mogą być zastosowane, można bez oddzielania zrobić odpowiadające przeznaczeniu, t. j. posiadające punkty styczne plomby lane. Aby zapobiedz zetknięciu się położonych obok siebie zębów, spiłowy-

wujemy na 1 lub 2 milim. policzkową i językową ich powierzchnie, wobec czego stykają się tylko plomby tych zębów. W ten sposób zapobiegamy wznowieniu się próchnicy.

Jedna z zalet lanej plomby—znacznie ułatwione odnajdywanie nader ważnego punktu stycznego—nie jest należycie oceniona. Ubytek przy szyjce zęba formujemy o ile możności czworokątnie, ażeby plomba spoczywała na płaskiem dnie, rozszerzamy szczeliny powierzchni żującej na $1^{1}/_{2}$—2 mm. tak, ażeby boki ich były prawie równoległe, dno zaś stanowiło płaszczyznę. To rozszerzenie powierzchni żującej, połączone z głównym ubytkiem na stycznej powierzchni, na końcu powinno mieć formę „ogona jaskółczego” lub maczugi, gdyż jedynie tą drogą zapewnić możemy odporność plomby na silne ciśnienie podczas żucia. Przy formowaniu ubytku stosujemy, o ile to jest możliwe, maleńkie karborundowe krążki. Karborundowe krążki Miller'a są wybornemi narzędziami do początkowego preparowania ubytków Dzięki ich rozmaitym miniaturowym formom możliwa jest szybka i niebolesna dla pacjenta robota, a przytem odznaczają się one trwałością, tak że można używać je nawet w stanie mocno zeszlifowanym.

Do formowania prostokątnych płaszczyzn boków i dna ubytku używamy świderków cylindrycznej formy. Najodpowiedniejszemi do tego celu są świdry Guttman'a do plomb porcelanowych.

Brzegi ubytku nietylko powinny być wygładzone starannie, lecz i ścięte zlekka pod kątem rozwartym. Zbyt płaskie ścinanie brzegów ubytku ścieńcza brzegi plomby; w tym przypadku nawet dobrze dopasowana plomba bardzo łatwo ulega uszkodzeniu podczas żucia, co stwarza grunt dla próchnicy.

Należy unikać nadmiernego usuwania zdrowej tkanki zębowej w celu osiągnięcia takiej formy ubytku, która ułatwiłaby wyjmowanie woskowego modelu. Plombując pionowe ścianki cementem, możemy i bez zbytniego szafowania tkanką zębową przygotowywać ubytek należytej formy. Nawet słabsze ścianki mogą być zostawione, jeżeli na 1—2 mm. zdejmiemy z nich powierzchnię, podlegającą ciśnieniu podczas żucia, dopełniając ją na lanej plombie, przez co osiągamy dobrą osłonę dla słabej ścianki.

Przygotowywanie woskowej formy, jeśli wypada mieć do czynienia z ubytkami skomplikowanymi, stanowi dla niedoświadczonego

praktyka wielki kłopot. Wybór metody pośredniej lub bezpośredniej w tym celu zależy od formy i położenia ubytku. Wogóle autor przyznaje pierwszeństwo metodzie bezpośredniej. Jedynie w bardzo skomplikowanych i niedostępnych ubytkach stosuje on pośrednią, polegającą na tem, że z ubytku zęba zdejmuje się wycisk masą „compound impression", podług którego odlewamy model z łatwotopliwego metalu Spence'a. Metoda ta bywa wskazana szczególnie przy ubytkach odśrodkowych dwuguzkowców i trzonowców, które rozszerzają się i na powierzchnię żującą. W celu zapobieżenia rozciąganiu się masy wyciskowej przy naciskaniu zalecane są maleńkie środki pomocnicze. Roach zaleca metalową czapeczkę z odpowiednią rączką, lub też miedziany albo aluminiowy pasek blizko 2 mm. grubości, 4 ctm. długości i 2 ctm. szerokości o wyciętem z blachy podwyższeniu z obu długich boków. Metalowym paskiem obejmujemy styczną policzkową i językową powierzchnię zęba i nasuwamy nadstawkę formy półksiężyca na pionowy brzeg ubytku pomiędzy ząb a dziąsło. Rozgrzaną masę wyciskową w kształcie pałeczki wciskamy do ubytku, a drugie podwyższenie blachy metalowej zaginamy na masę wyciskową; w ten sposób plastyczną masę mocno dociskamy do ścian ubytku. Przy zdejmowaniu wycisku autor stosuje wyrabiane przez siebie mosiężne krążki, nasuwane na podlegający traktowaniu ząb. Jeżeli sąsiedni ząb przeszkadza przesunięciu krążka na styczną powierzchnię przeciwległego ubytku, ścina się go, nadając mu półokrągłej formy, ażeby cały bok tegoż dosięgnął dolnej części szyjowago brzegu ubytku; koniuszek pałeczki, zrobionej z masy wyciskowej o średnicy ołówka, ogrzewamy i mocno wciskamy do drugiej połowy metalowej wokoło całego ubytku. Niezmiękczona część masy wyciskowej wypycha bardziej miękki koniec jej ku przodowi, dzięki czemu otrzymuje się dobry wycisk. Plastyczną masę ochładzamy strumieniem zimnej wody i po stwardnieniu ostrożnie usuwamy krążek z wyciskiem, zsuwając je tylko w kierunku długości zębów, przyczem znajdujące się na policzkowej i językowej stronie ćwieczki używane są jako rączki.

Krążek z wyciskiem umieszczamy w masie Mellote'a, wewnętrzną powierzchnię smarujemy wazeliną, nad krążkiem ustawiamy maleńki papierowy krążek około 2—3 ctm. średnicy i wklęsłą część tegoż napełniamy metalem Spence'a. Należy zwrócić uwagę na to, ażeby roztopiony w metalowej łyżce Spence-metal ostygał tak długo, do-

póki masa nie stanie się łatwotopliwą; na tem polega właściwość tego metalu; po roztopieniu staje się on bardzo kruchym i dopiero w trakcie ostygania nabiera własności łatwotopliwe. Przy zbyt wczesnem odlewaniu na modelu tworzą się pęcherzyki i skorupa.

Odpowiednio do modelu wykonywamy woskową formę, którą następnie wkładamy do ubytku zęba, poprawiamy, dopełniamy i rozgrzanem narzędziem usuwamy możliwe niedokładności. W niektórych przypadkach wypada może przyznać pierwszeństwo metodzie bezpośredniej, wykonywując woskową formę w samym ubytku zębowym. Jakkolwiek wilgoć ubytku zapobiega przylepianiu się wosku do zęba, jednak autor woli osuszyć ubytek i poblizkie części, a następnie pokryć je cienką warstwą wazeliny. Slina a szczególnie krew w ubytku psują dokładność woskowej formy, skąd wynikają nierówności lanej plomby, które przeszkadzają dokładnemu przyleganiu jej po brzegach, a przedewszystkiem na szyjowym brzegu ubytku. Wielu dentystów wprowadza do ubytku roztopiony wosk lub wciska rozmiękczoną nad płomieniem dużą płytkę woskową. Zdaniem autora, sposób ten niezawsze odpowiada celowi, gdyż roztopiony wosk kurczy się podczas stygnięcia, co powoduje niekiedy nieścisłe przystawanie do brzegów, co prawda, łatwo dające się sprawdzić i poprawić, ale tylko w miejscach widocznych, a nie na brzegu szyjowym w razie obecności sąsiedniego zęba i ubytku, sięgającego niżej poziomu dziąsła. Dla powierzchni stycznych trzonowców i dwuguzkowców używa autor, w razie niemożności zastosowania opisanej powyżej metody bezpośredniej, formówki (matrycy) Ivory, za pomocą której z łatwością można wykonać normalny kontur zęba. Bardzo celowe jest: uformowanie w ubytku maleńkiej woskowej kulki, rozmiękczenie jej gorącą wodą i następnie wpychanie jej wgłąb' końcem, skierowanym do dna ubytku.

W głębokich ubytkach przyciskamy ją jeszcze przyrządem o dużej główce, ażeby osiągnąć jaknajściślejsze przystawanie do boków ubytku. Metodę tę stosuje się jedynie, mając formówkę, która zapobiega wysadzaniu wosku poza boczne brzegi ubytku. W razie potrzeby dokładania do pierwszej dużej woskowej płytki jeszcze nieco wosku, nakładamy twardy kawałek tegoż i rozpalonem upychadłem doprowadzamy go do topnienia. Niekiedy dołożony wosk nie łączy się z nałożoną poprzednio warstwą, w takim razie ostatni przedewszystkiem obmywamy spirytusem i znowu go osuszamy, ażeby złączyć

warstwy wosku, których odstawanie zmienia formę. Usunąwszy ostrożnie formówkę, starannie zbieramy zbyteczny wosk i możliwie gładko formujemy wkładkę. Niedokładność brzegów poprawiamy rozgrzaną łopatką, przyczem wosk topimy, ażeby cokolwiek przelał się poza brzeg ubytku. Usuwanie zbytecznego wosku uskutecznia się dopiero po ostatecznem ostudzeniu tegoż strumieniem zimnej wody. W tym celu autor stosuje zaproponowane przez Bödecker'a specjalne przyrządy, z całkowitego kompletu których pasują do wszystkich przypadków №№ 2, 3 i 6. Podczas stykania się zęba przeciwległego z wkładką. które określamy dokładnie nietylko przez zwykłe zamykanie szczęk, lecz i przez ruchy żuchwowe, zdrapujem z powierzchni żującej tyle wosku, ażeby w zgryzie pomiędzy zębami pozostawała wolna przestrzeń, conajmniej, jak gruby papier. W razie nieusunięcia tego wosku, złote wkładki w następstwie okazują się zbyt wysokie, co wywołuje potrzebę znacznego zeszlifowywania ich w celu uzyskania prawidłowego zgryzu. Sztuczne urządzanie szczelin na powierzchni żującej autor uważa za zupełnie zbyteczne. Im gładziej i dokładniej wykonana jest woskowa wkładka, tem mniej potrzeba ją następnie wykończać. Wyjmowanie wosku z ubytku należy wykonywać z wielką ostrożnością; najmniejsze uszkodzenie wywołuje niepowodzenie. Jeżeli przy wyjmowaniu woskowej formy wypada czynić pewne wysiłki, można być pewnym, że w ubytku znajdują się miejsca, zachodzące jedno ponad drugie. Najsłuszniej będzie w takim razie poprawić formę ubytku i powtórnie przygotować wkładkę woskową. Kühnen zaleca wielce udatną motodę wyjmowania woskowego modelu z ubytku. Złoty drut 22 lub 24-karatowy (88 lub 96-ej próby) długości $1^1/_2$—2 ctm. i grubości bardzo cienkiego nawiązkowego drutu zginamy na końcu w węzeł, który w stanie ogrzanym pogrążamy w woskową formę. Ostrożnie, wolno pociągając za wolny koniec drutu, wydobywamy z ubytku woskową formę bez najmniejszego uszkodzenia. Ćwieczek do odlewu wpuszczamy do wosku w miejscu punktu stycznego, wyjmuje się i złoty drut, który następnie usuwamy przy wykończaniu plomby. Należy zwrócić uwagę na to, ażeby ćwieczek nie był zanadto rozgrzany i wpuszczany był do grubej warstwy wosku jaknajdalej od brzegu. Niezachowanie tego przepisu często wywołuje nieprzydatność formy.

Przylegająca do ubytku forma woskowa za pomocą aparatu Roach'a wyciska się bez najmniejszej zmiany brzegów, co powoduje nietylko

oszczędzenie złota, ale jednocześnie także tworzy chropawą powierzchnię, ułatwiającą przystawanie cementu.

Co do odlewu, to obecnie ostatecznie jeszcze nie rozstrzygnięto kwestji, która z dwóch sił, ciśnienie czy centryfuga, daje lepsze rezultaty; jednakże nie ulega wątpliwości, że nie przy wszystkich wyrabianych dotąd do odlewania złota aparatach można osiągnąć dobre wyniki. Autor osobiście używa wyłącznie koła obrotowego, nigdy nie zawodzącego. Przed wstawieniem wkładki robi on w ubytku za pomocą stosownych świdrów kilka małych rowków po bokach, tak sam na tylnej powierzchni wkładki, o ile te nie były wyżłobione na woskowej formie, w celu ścisłego przystawania cementu. Najodpowiedniejszym do tych celów jest cement Harvard'a. Do szlifowania, wygładzania i polerowania gotowej lanej plomby autor przystępuje dopiero po umocowaniu jej cementem w ubytku. Wykończone poza jamą ustną wkładki łatwo mogą wykazać braki w przyleganiu do brzegów. Brzegi lanej plomby należy doprowadzić do możliwie dokładnego zetknięcia się z brzegami ubytku. Bardzo odpowiednie do tego celu są ręczne gładzidła, automatyczny młotek oraz uderzenia młotkiem o wypolerowane na gładko upychadło. Do odlewu autor używa złota 23 karatowego (92-ej próby). Jest ono dostatecznie miękkie, aby można było je przeciągnąć po za brzegi ubytku, jednakże nie tak dalece miękkie, jak złoto 96 próby, które podczas żucia staje się niegładkiem i zmienia wygląd.

Autor dalej mówi o pewnych przypadkach, wymagających szczególnych zabiegów. Przy bocznych ubytkach trzonowców lub dwuguzkowców, sięgających tak głęboko pod dziąsło, że bywa trudno, często nawet niemożebne, uzyskać dokładny wycisk tej części ubytku, przekłada on stosowanie formówek Ivory, które umożliwiają obejrzenie pola operacyjnego, a jednocześnie utrzymywanie tegoż w stanie suchym tak długo, że można zdążyć zaplombować prawie $^1/_3$ szyjowej części ubytku. Po upływie 1—2 dni, kiedy amalgamat zupełnie stwardnieje, modeluje się woskową formę pozostałej części ubytku i wykończa złotą wkładkę. To daje pewność, że szyjowy brzeg ubytku zabezpieczony jest od nawrotu próchnicy, gdy tymczasem przy złotej wkładce dla całego ubytku nie można twierdzić o tem z całą pewnością.

Jeżeli powierzchnia styczna łącznie z powierzchnią żującą zębów

z żywą miazgą nie przedstawia dostatecznej gwarancji co do umocowania lanej plomby, autor w powierzchni żującej wyżłabia rowek 3—4 mm. głębokości i $1^1/_2$ mm. średnicy. W rowku tym przytwierdza odpowiednio gruby platynowo-irydowy drucik, który, pozostając w odlewie, daje bardzo trwałe umocowanie. W zębach obumarłych, rozumie się samo przez się, można zastosować ćwieczek w pogłębionym kanale korzeniowym. *C.*

12) R. Bassenge i E. Selander. O działaniu dezynfekcyjnem niektórych powszechnie używanych past do zębów (Deutsche mediz. Wochenschrift T. XXVI r. z. № 36 str. 1066. Woj. Med. Ż. II r. ub.)

Dowiódłszy w innej pracy odnośnie do będących w użyciu rozmaitych eliksirów i płukań do ust, że po większej części nie posiadają one tych odkażających w znacznym stopniu własności, jakie przypisują im wynalazcy, autorzy podjęli szereg badań w celu określenia przeciwgnilnej siły najbardziej używanych w Niemczech *past do zębów.* Zbadane zostały: pasta do zębów „Pebeco" (fabr. Beiersdorf & Co., Hamburg), „Zeo-Pasta" (Kopf i Joseph, Berlin), „Stomatol"—krem do zębów (Stomatol-Gesellschaft, Hamburg), „Givasan"—aromatyczna pasta do zębów (Akcyjne Towarzystwo J. Riedel w Berlinie), „Kosmodont" d-ra med. I. Witzel'a w Kołobrzegu, „Perhydrol-Pasta" (Krewel & Co. w Kolonji), Cherry-Tooth-Pasta" (I. Goswell & Co., Londyn), krem do zębów „Kalodont" (F. Sarg Sohn & Co., Wiedeń—Berlin—Paryż), „Rosodont"—pasta do zębów (Waldheim—Saksonja), „Hydrozon"—H_2O_2—pasta (A. Pearson & Co., Hamburg) i „Kolynos-Disease Preventer" N. Jenkins'a (amerykański preparat).

Wszystkie te środki do prób nabywano w aptekach w zwykłej ich handlowej postaci, wszystkie w metalowych tubkach, oprócz pasty „Cherry-Tooth", sprzedawanej w porcelanowych słoiczkach.

Próby urządzano w ten sposób: przygotowywano 10% mieszanki preparatu w wodzie destylowanej, które ogrzewano w kąpieli wodnej do 30—35°. Do stosownej ilości mieszanki wprowadzano po 1 ccm. jednodobowej na żelatynie kultury lasecznika tyfusu, błonicy lub paciorkowców. Przetrzymawszy następnie kultury przez jakiś czas — od 30 sekund do 1—2—1—5—10 minut i do godziny w mieszance i dawszy w ten sposób środkowi odkażającemu możność podziałania na drobnoustroje, próby mieszanek zasiewano na żelatynie i badano pod względem rozmnażania się bakterji, trzymając je w cieplarce przez dobę przy 37° C.

W rezultacie ze wszystkich 11 zbadanych preparatów okazało się, że posiadają znaczny wpływ bakteryobójczy tylko dwa: „Stomatol” i „Rosodont”; nawet po $^1/_2$ minutowem działaniu tych środków na kultury trzech wymienionych gatunków bakterji dalszego rozwoju ich w żelatynie nie było już widać wcale. Używany i u nas „Kalodont” dał wynik mniej zadowalniający: laseczniki tyfusowe nie ginęły i po 5-ciominutowem działaniu środka. „Zeo-Pasta” zabijała kultury po 1 minucie, najgorszymi okazały się „Perhydrol-Pasta”, „Cherry-Teoth” i „Kosmodont”, przy których rozwój bakterji spostrzegano nawet po godzinnem działaniu.

Szczególnie nieoczekiwanie lichy wynik dała pasta, zawierająca nadtlenek wodoru, gdy tymczasem nadtlenek jako płukanie do ust jest nader skutecznym środkiem przeciwgnilnym.

Oczywiście różnica w działaniu eliksiru i pasty zależy od tłustej konsystencji pasty, która przeszkadza bezpośredniemu działaniu nadtlenku na bakterje; jako „constituens” najczęściej stosuje się do past mydło, wapno lub kali chlorikum w najróżniejszych proporcjach.

Wogóle czyszczenie zębów szczotką z użyciem pasty do zębów zasługuje na jaknajszersze rozpowszechnianie; oprócz mechanicznego oczyszczania zębów, dziąseł i przestrzeni międzyzębowych osiąga się znaczne ślinienie; zawarty w paście środek dezynfekcyjny rozpuszcza się więc w ślinie i zdolny jest zabijać znajdujące się w niej bakterje. Korzystne działanie past w tym kierunku jest jeszcze energiczniejsze, jeżeli używana do nich woda posiada temperaturę nie pokojową, lecz wyższą. Pastom, które zdolne są zabijać bakterje przy działaniu nie wyżej 30 sekund, 1—2 minut, t. j. w czasie, zazwyczaj zużywanym na czyszczenie zębów, autorzy przypisują nawet profilaktyczne znaczenie, gdyż mogą one zniszczyć nawet przypadkowo dostające się do ust bakterje, jakoto tyfusu, błonicy i t. d.

R.

13) Riba F. Podwójny prawy górny boczny siekacz (Oest. Ung. Viert. f. Zde 1 r. ub.)

Pacjentce, lat około 20, przeszkadzał 2|, dlatego też pragnęła go usunąć. Ząb ten znacznie wystawał naprzód. Ze strony podniebienia widać dokładnie, że składa się on z dwóch zrośniętych zębów: wargowy jest normalnej formy, podniebienny zaś miał postać zęba czo-

powatego (Zapfenzahn). Wymiary podwójnego zęba: szerokość przedniego siecznego brzegu=7 mm., długość koronki wargowej=7,5 mm., długość czopowatej koronki=5 mm. W dalszej części łuk zębowy normalny. Zębów mądrości nie było. Wobec tego, że pożądanem było zachowanie tego zęba, w miejscowem znieczuleniu spiłowano koronkę zęba czopowatego. Następnie podjęto zachowawcze leczenie obu zębów; defekt zakryto złotą wkładką na ćwieczku. Ząb został wsunięty do łuku zębowego za pomocą sprężyny Siegfried'a. W końcu autor przytacza przypadek zrośnięcia bocznych siekaczy z kłami u 16-letniej dziewczyny. *R.*

Różne wiadomości.

1) Pierwsze wiadomości o dentystyce. Najstarszym ze znanych dotąd dokumentów lekarskich jest papirus, znaleziony przez prof. Ebersa w r. 1873 w Luxor w Egipcie. Dr. Heinrich Joachim przetłumaczył papirus ten na niemiecki język w roku 1890.

Długość papirusa wynosi 20 metrów; tekst jego podzielony jest na 108 rozdziałów. Zdaniem większości autorów, papirus ten nie jest oryginałem, lecz najprawdopodobniej zbiorem systemów leczniczych, które starożytni egipcjanie przekazywali jako spadek z pokolenia na pokolenie. Jedno nie ulega wątpliwości, że pochodzenie jego jest bardzo dawne. Zawarte w nim dane obejmują okres czasu od 3700 r. przed N. Chr. Nieznane ręce złożyły go na przechowanie u podnóżka posągu boga Anubisu.

W dokumencie tym przytoczono liczne systemy leczenia zapalenia dziąseł i próchnicy zębów. Jednym z najpopularniejszych systemem było widocznie mieszanie proszku blekotu z kitem. Masę taką wkładano w górną część zęba, trzykrotnie przytem powtarzając formułkę zamawiania.

O wyjmowaniu zębów niema mowy. Jednakże operację tę stosowano w praktyce: poddawano jej... największych zbrodniarzy.

Leczenie zębów znajdowało się podówczas jeszcze w zupełnem niemowlęctwie. Dopiero znacznie później, nie wcześniej, jak na 500 lat przed N. Chr. zaczęło ono podnosić się do poziomu sztuki, i lekarze-

specjaliści poczęli stosować je w praktyce. Wprawdzie Herodot, który przybył do Egiptu w r. 750 przed N. Chr. w drugiej swej księdze wzmiankuje, że już w owym czasie lekarze zaczęli się specjalizować; jedni zajmowali się wyłącznie głową, drudzy—zębami, inni znowu—oczami, tułowiem lub tylko stawami.

W czasach Herodota lekarzom zębów widocznie znana była sztuka plombowania zębów. W mumjach z tej epoki znajdowano na powierzchni trzonowców złote plomby tak trwale umocowane, że nawet czas nie był w stanie zepsuć prawidłowego wzajemnego stosunku złota i szkliwa. Niektórzy autorowie nadają tym plombom tylko znaczenie ozdoby. Ale nie ulega wątpliwości, że może być tu mowa właśnie o złotych plombach, ponieważ egipcjanie, którzy lubili pysznić się swym zbytkiem, z pewnością przyozdabialiby złotem nie trzonowce, lecz przednie zęby. I dostawki również były znane starożytnym egipcjanom. Drakońskie prawa karały szereg przestępstw pozbawieniem zębów. Wobec tego ci, którzy postradali zęby w naturalny sposób a nie drogą sądową, zainteresowani byli tem, ażeby ukryć ten brak, by nie skompromitować się podejrzanem podobieństwem. Uczony włoski, egiptolog Belzoni, znalazł w egipskich sarkofagach niezgrabnie zrobione sztuczne zęby, a Perrine (New-York) opisał dostawki zębowe, znalezione w ustach mumji.

Po Egipcie co do czasu następują Chiny. Pisma Nuel-King'a, których autorem był cesarz Huany-Ti, który żył około 2700 r. przed N. Chr., twórca medycyny w Chinach, również traktują o próchnicy zębów. Tu za najskuteczniejszy środek uznawano mocz, którego kilka kropli wprowadzano w ubytek zęba. Lecz terapja zębolecznicza w Chinach stała widocznie znacznie niżej od egipskiej. W literaturze chińskiej z owych czasów nie pozostało żadnych co do niej wskazówek; niema również wzmianki o tem, czy były próby zapełniania braków w szeregu zębów za pomocą dostawek.

Wobec tego zapoczątkowanie dentystyki należy przypisać egipcjanom, którzy wogóle pomiędzy cywilizowanymi ludami w starożytności zajmowali naczelne miejsce (Progr. Medic. VII r. ub.).

2) Prąd elektryczny przy dostawce metalowej. „British Journal of Dental Scienne" komunikuje przypadek, w którym za pomocą galwanometru można było udowodnić, iż w ustach dzięki dostawce wytworzył się prąd elektryczny. Pacjent narzekał na ból języka, któ-

rego przyczyny lekarze nie mogli wytłumaczyć. Znajomy pacjenta, elektrotechnik, przy badaniu płytki znalazł, że wykonana jest ona ze stopu metalowego, a zęby są do niej przyczepione za pomocą dwóch różnych metali. Połączył on przewodniki galwanometru z tymi dwoma metalami i włożył płytkę do ust. Jak tylko płytka zwilżyła się śliną, wskazówka dała dość znaczne uchylenie. Po pokryciu płytki izolującym lakierem, prądu nie można było już więcej wykazać, a bóle ustały. (Dental Cosmos r. z.)

3) Mostek u trzyletniej dziewczynki. „Dental Digest" podaje, że córeczka dentysty Józefa Metz, mająca 3 l. 8 i miesięcy, wskutek upadku wyłamała sobie lewy środkowy siekacz (górny), co spowodowało upośledzenie mowy. Ojciec dla młodej pacjentki zrobił maleńki mostek, składający się z korony, nasadzonej na lewy boczny siekacz, do którego przylutowano siekacz środkowy. (Wien. D. Fachbl. 4 r. ub.).

4) Dwie korony Logan'a u dziecka. Dr. W. Mc. Cor w „Dental Digest" przytacza przypadek wprawienia 2 koron Logan'a dziecku, liczącemu 2 lata i 10 miesięcy, które wskutek upadku wyłamało sobie górne obydwa środkowe siekacze. (W. V. Fachbl. 4 r. ub.)

5) Późne wyrzynanie się zęba. Pewien 75-letni mężczyzna, nazwiskiem Syden Skompson (Rockaway, Ameryka), narzekał na ból zęba i w tym celu zwrócił się do dentysty E. N. Ostatni przy badaniu jamy ustnej stwierdził oba górne kły w okresie rozpoczynającego się wyrzynania. (Dent. Digest. Wien. V. Fbl. 4 r. ub.).

6) Przepisy z dziedziny techniki dentystycznej.

1) *Dobre złoto na zakrętki (klamry)*: 20 cz. czystego złota (Feingold). 2 cz. czystej miedzi, 2 cz. srebra czystego i 1 cz platyny.

2) *Łączno srebrne:* 6 cz. czystego srebra, 35 cz. cyny i 5 miedzi.

3) *Doskonałe złoto do robót lanych* (podł. Riechelmann'a): 40 cz. czystego złota, 1 cz. srebra i 3 cz. miedzi (Odont. Nachr. 21 r. ub.)

7) Połykanie pokarmów bez żucia. Hallas, chcąc się przekonać, o ile połykanie pokarmów bez żucia wpływa na narządy trawienia, badał zawartość żołądka u idjotów, którzy połykali jedzenie bez żucia. U 14 chorych stwierdził on nadmierną kwasność, a z tych 10 jednocześnie zaleganie pokarmów, w 10 przypadkach warunki były normalne. Wogóle z 32 badanych u 22 stwierdził zmiany w chemizmie trawienia. Trzeba nadmienić, iż chorzy ci otrzymywali pożywienie rozdrobnione. (Medycyna 40 r. ub.)

8) Zastosowanie adrenaliny na śluzówce jamy ustnej. Stosując adrenalinę na wacie do wstrzymywania krwotoku z dziąsła lub do zmniejszenia ślinotoku przy przygotowywaniu ubytków, należy być bardzo ostrożnym. Czop z waty z adrenaliną powinien być starannie wyżęty, ażeby uniknąć zbytecznej ilości. W razie przypadkowego połknięcia adrenaliny mogą wystąpić nader nieprzyjemne objawy, podobne do epileptycznych, przyczem niekiedy spostrzega się nawet poważne omdlenia, trwające kilka godzin. Obecnie w celu zapobiegania podobnym powikłaniom zaczęto wyrabiać gazę, nasyconą adrenaliną.

9) Wstawianie koron Logana do kauczukowych korzeni. S. Szalman opisuje 2 przypadki pomyślnego wstawienia koronek Logana do kauczukowych korzeni, przyczem na korzeniu zrobiono nacięcia, a w poprzek korzenia jeszcze dwa otwory na wylot. przez które rozrosła tkanka ziarninowa utworzyła względnie trwałą obsadę korzenia (Zub. Dieło 11, 12 r. ub.)

10) Bóle po zastosowaniu trójkrezol-formaliny dowodzą, że w kanale jest jeszcze żywa miazga. Ażeby usunąć te bóle, zobojętnia się formalinę za pomocą rozczynu amoniaku gryzącego (Dent. Rewiew).

11) Przy krwotokach po wyłuszczeniu miazgi nigdy nie należy stosować nadtlenku wodoru, szczególnie na przednich zębach, gdyż może nastąpić zmiana barwy zęba. Spirytus i nieco cierpliwości dają lepsze rezultaty. (Dental Review). *M.*

BIBLJOGRAFJA.

Dr. med. Stein Adolf (Królewiec). **Das Foramen mandibulare und seine Bedeutung für die Leitungsanaesthesie des Unterkiefernerven.** *Wykład habilitacyjny. Berlin. Nakł. Hermana Meusser. Str. 39.*

Nieznacznych rozmiarów praca autora oparta jest na licznych badaniach, przeprowadzonych w instytucie anatomicznym przy wszechnicy w Królewcu. Dziełko wymienione znacznie ułatwia orientowanie się co do umiejscowienia otworu żuchwowego, który, jak wiemy, odgrywa wielką rolę przy znieczulaniu przewodnem w dolnej szczęce (Mandibular-Leitungsanaesthesie), mające zwłaszcza zastosowanie przy wyjmowaniu tylnych trzonowców tejże szczęki, wyłuszczeniu nieznacznych nowotworów, częściowej rezekcji szczęki a również przy wyj-

mowaniu zębów z silnem zapaleniem ozębnej, przy którem znieczulanie śróddziąsłowe jest przeciwwskazane.

Przy znieczulaniu żuchwowo-przewodnem często wskutek nieznajomości pewnych osobliwości anatomicznych rezultat bywa ujemny. Praca autora, oparta właśnie na ścisłych badaniach wszelkich anatomicznych osobliwości, służyć może kierowniczką przy stosowaniu metody żuchwowo-przewodnego znieczulania.

Autor poświęca nieco miejsca danym z literatury, omawiającym znieczulanie nerwu żuchwowego resp. dolnoszczękowego. Przytacza on uwagi i spostrzeżenia Braun'a, Halstedt'a, Raymond'a (1885), Thiesing'a, Krichelsdorf'a, Dill'a, Hübner'a (cocain-suprareninum), Karola Witzel'a (1905), Schleich'a (1906), Hubert'a, Peckert'a (1908), Cohn'a (1908), Luniatscheck'a (1908), Fischer'a i Williger'a (1909). Dane te w znacznym stopniu ułatwiają czytelnikowi orjentowanie się co do wartości znieczulania żuchwowo-przewodnego. Zebrany materjał ten jest nader pouczający i obznajmia nas ze sprawą, dotyczącą omawianej metody znieczulania.

Następnie autor przytacza różne dane z literatury, dotyczące anatomicznego położenia otworu żuchwowego (Krause, Richet, Pansch-Stieda, Brösike, Henles) i przechodzi do wyniku własnych badań w tym kierunku. Z liczby 1000 żuchw ściśle zbadano 400. Badania dotyczą formy, rozmiaru (średnicy) i lokalizacji otworu żuchwowego. Wyniki badań przytoczone są w tablicach cyfrowych. Liczne rysunki znacznie ułatwiają zrozumienie rzeczy.

Broszura autora, zaznaczamy, ze względu na nowe badania w tej dziedzinie, zasługuje na uwagę, tembardziej, że praca ta ma ścisły związek ze sprawą znieczulania żuchwowo-przewodnego.

K.

Dr. W. A. Dubrowin (Moskwa). **Podstawy dentystyki (Osnowy zubowraczewanja).** *Podręcznik dentystyki dla studentów szkół dentystycznych. Z 53 rysunkami. Petersburg. Nakł. K. L. Rikkera (Newski pr. 14). Str. 218, 8-o. Cena rb. 1 kop. 80.*

Przy układaniu powyższej pracy autor miał na celu zestawienie krótkiego podręcznika, odpowiadającego współczesnemu rozwojowi dentystyki tak pod względem teoretycznym, jak i praktycznym).

W starannie napisanym pod względem naukowym wstępie autor rozpatruje ważność uzębienia w stosunku do trawienia, bakterjologję jamy ustnej—jej stosunek do ogólnego stanu organizmu, rolę drobnoustrojów jamy ustnej, istotę próchnicy zębowej, warunki dobrego rozwoju zębów, wpływ wadliwego uzębienia na ogólny stan organizmu, warunki, sprzyjające powstawaniu próchnicy zębowej, wyniki różnych badań, wpływ zajęć zawodowych na rozwój próchnicy, oraz wyniki badań zębów (różnych autorów). Wstęp ten, zaznaczamy, jest bardzo

ściśle napisany, łatwo się go czyta, przyczem wszystko, co dotyczy próchnicy zębowej w ogólnych zarysach, ujęte jest w ciasną ramkę, a rozpoczynającemu studja dentystyczne rzeczywiście daje zupełne pojęcie o obchodzącym go przedmiocie.

Również zwięźle opracowana jest djagnostyka ogólna chorób zębów, przyczem rozpatrywane są objawy objektywne i subjektywne.

Reszta część pracy, obejmująca 10 działów, traktuje w ogólnych zarysach przy uwzględnieniu nowych danych naukowych wszystko, co wchodzi w zakres patologji i terapji chorób zębowych. Omówiono więc tu: wyrzynanie się i zmiana zębów, ich rozmieszczenie i zwarcie (różne typy), nieprawidłowy rozwój twardych części zęba, badanie i leczenie próchnicy, choroby miazgi zębowej, ogólną i szczegółową djagnostykę zapalenia miazgi, choroby ozębnej, ropotok zębodołowy nienormalne zabarwianie się zębów oraz ich prostowanie.

Każdy dział opracowany jest nader ściśle, co zwłaszcza dla początkujących jest nader korzystnem. I dla dentystów zaawansowanych praca d-ra D. może służyć jako repetitorium. Niektóre urywki pod względem opracowania naukowego zasługują na wyróżnienie i mogą zainteresować każdego dentystę. Do tych zaliczyć można np. wpływ stanu ogólnego ustroju na zębowanie (str. 10, 11. 12), wpływ wody i pokarmów na zęby (str. 13, 14, 15, 16, 17), badania, dotyczące osadu nazębnego (str. 29) i inne. *K.*

List do redakcji.

Czyż nie manja wielkości?

Szanowny Panie Redaktorze!

Aczkolwiek „Kronika" niewiadomo z jakiego powodu *obecnie* nie reaguje na wybryki reklamiarsko-ogłoszeniowe niektórych dentystów tutejszych, uważam jednak za konieczne (sądzę, że Szanowny Redaktor nie odmówi mi nieco miejsca) zaznaczyć tu postępowanie tych „powag", które nie powinny się chwytać przeróżnego rodzaju „pułapek". Mówię, naturalnie, „*nie powinny*" tylko w tym przypadku, jeżeli w grę nie wchodzi owa megalomanja, która, jako objaw nienormalny, z łatwo zrozumiałych przyczyn powinna być traktowana z pewną dozą wyrozumiałości...

Czytelnicy pism codziennych zapewne nie przeoczyli ogłoszenia tej treści:

„Dyrektor Szkoły Lekarsko-Dentystycznej
Ludwik Szymański
po powrocie wznowił przyjęcia.
Marszałkowska Nr 86".

Ogłoszenie to na widocznem miejscu ukazało się w „Kurjerze Warszawskim" z dnia 13 kwietnia (sobota) r. b., w „Warszawskiem Słowie" oraz „Warszawskim Dniewniku" nr 90 z dn. 31 marca st. st. (13 kwietnia) r. b. W ostatnim organie litery rozmiaru bez mała ćwierćłokciowego zaraz na wstępie, bo na pierwszej stronicy, rzucają się wprost w oczy. Ogłoszenie tu brzmi bardziej jaskrawo i naturalnie więcej imponująco:

„Direktor zubowraczebnoj szkoły wiernułsia i wozobnowił prijom".

Że „dyrektor" zakładu naukowego istotnie niektórym imponować może, to rzecz wiadoma; że tytułem takim posiłkować się mogą *tylko* osoby, które rzeczywiście go posiadają, nie ulega to żadnej wątpliwości; że osób tych nikt nie zaliczy (poniekąd!) do rzędu megalomanów, uganiających się za szumnymi tytułami, obecnie *nota bene* modnymi (niezawsze jednak wiele mówiącymi o istotnej wartości tak sympatycznie udekorowanego właściciela), o tem doskonale wie ta sfera czytelników pism codziennych, która krytycznie zapatruje się na różnego rodzaju „przynęty" reklamowe, zapełniające często szpalty wielu organów; że górnolotnym takim tytułem nie posługują się ludzie prawdziwej wiedzy, mający do niego pewne prawo, o tem również słyszeliśmy nieraz. Doskonale również wiemy *komu* szumne tytuły są potrzebne (być może z konieczności) i *kto* właściwie nimi posiłkuje się; o tem tu rozpisywać się nie będę. Wszystko jednak, *zaznaczam*, poniekąd słusznie lub niesłusznie może być tolerowane, *o ile wszelkie tytuły, naukowe lub nienaukowe, de facto istnieją, t. j. nie są rzekomymi czyli przywłaszczonymi.* Że w życiu prywatnem tytuł „dyrektor" jest często ulubionym epitetem dla niektórych—mniejsza o to. Lecz, gdy kto niezasłużenie *sam na siebie* nakłada ową koronę w jakimkolwiekbądź celu i o fakcie tym *publicznie* ogłasza, to czyn jego uważać należy za arcynieetyczny, niewłaściwy, niesumienny resp. za postępek, który odpowiednio powinien być traktowany z punktu widzenia prawnego. Czyn ten tembardziej zasługuje na zaznaczenie, o ile przywłaszczenie takie dotyczy osób, które odpowiedzialne są za swój czyn, działają bowiem chyba świadomie.

Co widzimy w szkołach dentystycznych pod względem owego „dyrektorstwa"?

Najwyżej zatwierdzona w dniu 7 maja st. st. 1891 r. Normalna ustawa szkół dentystycznych (Zbiór praw i rozporządzeń Rządu za n-rem 68-ym z r. 1891) nie przewiduje absolutnie żadnych „dyrektorów". Na mocy § 3 tej ustawy prawo zakładania szkół dentystycznych służy każdemu; założyciel taki jednak zgodnie z § 10 z naukową dzia-

łalnością szkoły absolutnie nic wspólnego nie ma, czyli: *właściciel (założyciel—„uczreditiel") jest tylko „finansistą" szkoły i nie ma nawet prawa kierowania gospodarstwem zakładu, którem na mocy § 11 ustawy kieruje zarządzający („zawiedywajuszczyj"), a tym według § 17 może być tylko osoba, posiadająca stopień naukowy z ukończenia kursu średniego zakładu naukowego („założyciel" może być mianowany „zarządzającym", o ile odpowiada tym wymaganiom).*

Szkoła dentystyczna, istniejąca w Warszawie pod firmą L. Szymańskiego, jest obecnie własnością jego oraz d-ra Tytusa Horoszewicza, który w r. ub. nabył swój udział od poprzedniego współwłaściciela, d-ra Szpanboka. Od początku założenia szkoły zarządzającym był d-r Szpanbok, a *obecnie* jest nim drugi jej współwłaściciel, wymieniony wyżej d-r Tytus Horoszewicz, gdyż on, jak i poprzedni zarządzający, wobec posiadania cenzusu naukowego, odpowiadają wymaganiom ustawy. Natomiast współwłaściciel L. Szymański, posiadając w czasie założenia szkoły stopień dentysty bez odpowiedniego cenzusu naukowego. *nigdy nie mógł być i nie jest zarządzającym czyli „dyrektorem" szkoły; jest on i był tylko współfinansistą i niczem więcej.*

Wobec powyższego powstaje kwestja: czy ogłoszenie w pismach p. L. Szymańskiego zgadza się z rzeczywistością?? Czy człowiek poważny, sumienny i, naturalnie, nie mający zamiaru... blagowania, ima się podobnego rodzaju reklam bądź co bądź kłamliwych? Przywłaszczanie sobie urojonych tytułów nie przystoi ludziom, traktującym stanowisko swoje poważnie, cechuje zaś przeróżnych pyszałków, ludzi małostkowych i próżnych.

Imponującym tytułem „dyrektora" współwłaściciel Szymański udekorował siebie już dawniej; działo się to jednak niezbyt głośno: na biletach wizytowych (egzemplarz przy niniejszem w brzmieniu francuskiem załączam: „*Louis Szymański, Directeur de l'Ecole médicale-dentaire. Rue...*"), na bloczku do recept i tabliczce na drzwiach.

Głośniej nieco występował on w reklamach, jako „założyciel", chełpiąc się widocznie tytułem, który posiadać może *każdy,* nawet człowiek bez elementarnego wykształcenia, o ile „stać go na to".

Lecz widocznie i takim tytułem, równającym się *zeru,* można naiwnym imponować. Przeciwko takiemu nic niemówiącemu tytułowi jednak nikt protestować nie śmiał, gdyż w rzeczywistości *istniał;* o ile właścicielowi mógł imponować, to dlaczegoż mamy pozbawić go takiej „przyjemności"? Obecnie widocznie czasy zmieniły się na lepsze: *szczycimy się tytułami, których nie posiadamy, czyli mijamy się z prawdą,* pragniemy bardziej jeszcze elektryzować naiwnych, nastawiając jednocześnie arcyoryginalne sidła. A wszak, jak wiemy, łatwowiernych mamy dosyć.

Jeżeli podobnych „sztuczek" chwytają się ludzie o nizkiej kul-

turze, ludzie próżni, nolens volens wybaczyć im należy, nie wiedzą bowiem może, co czynią, czyli nie są w stanie zdawać sobie sprawy z tego, co czynią. Lecz gdy jest to „robota" ludzi, uważających siebie za „przedstawicieli", ludzi zbyt wiele może mówiących o swej kulturze, o swem wysokiem stanowisku, nie może to być tolerowane; ogół kolegów energicznie zaprotestować powinien, a towarzystwo zawodowe, jako jednostka poniekąd prawna, w pismach codziennych *z obowiązku* wyświetlić powinno właściwą rolę wszelakich „dyrektorów", bądźmy bowiem pewni, że wkrótce mieć będziemy więcej tego rodzaju „towaru"; naśladowców nie zbraknie.

Sądzę, że wszelkich sztukmistrzów demaskować należy i to bezwzględnie. Szanujmy siebie, aby nas szanowano. Muszę tu jednak zaznaczyć, że z podobną fanfaronadą dotychczas ani u nas, ani w Cesarstwie nie wystąpił żaden współwłaściciel lub właściciel szkoły dentystycznej, aczkolwiek wśród tych są osoby, które miałyby może ku temu większe prawo. Oryginalną „pułapkę" wykonano na naszym gruncie, gdzie, niestety, wszelkie chwasty reklamiarsko-ogłoszeniowe głęboko zapuszczają swe mizerne korzenie.

Konkluzja: współwłaściciel L. Szymański, nie posiadając ustalonego cenzusu naukowego, nie może być zarządzającym czyli „dyrektorem" szkoły; nie ma on więc najmniejszego moralnego prawa w celach reklamiarskich publicznie tak się tytułować.

Mniej blagi, mniej fanfaronady, a więcej... powagi.

W postępowaniu rzekomego dyrektora Szymańskiego prócz reklamy widzę jeszcze jeden charakterystyczny objaw: lekceważenie ogółu dentystów tutejszych. Bo zbyt wielka pewność siebie, zbyt rażąca zarozumiałość obliczone są na to, że ogół kolegów na taki wybryk wcale nie zareaguje.

Przy Warszawskiem T-wie Odontologicznem istniała i, zdaje się, istnieje t. zw. komisja etyczno-zawodowa, która swego czasu poświęcała wiele uwagi reklamom oraz szyldom dentystów. Obecnie jakoś komisja ta nie daje znaku życia. Cóż bowiem w rzeczywistości widzimy? Przejdźcie się, koledzy, na ulicę Marszałkowską, stańcie przed domem, oznaczonym n-rem 86, a przekonacie się, jak prześlicznie ubrane są szyldami i malowidłami różnej treści balkony i szyby lecznicy „dyrektora" Szymańskiego, posiadającego *jednocześnie* gabinet prywatny przy szkole dentystycznej (Nowo-Miodowa 1). Widocznie więc uznajemy pewnych „wybrańców", dla których istnieje pewna tolerancja.

W końcu mała uwaga.

Wiadomo, że wszelkie ogłoszenia z zakresu lecznictwa w jakiejkolwiek postaci są cenzurowane przez Urząd lekarski. W jaki więc sposób mogą ukazywać się w pismach ogłoszenia powyższej treści,

niezgodne z rzeczywistością? Wszyscy doskonale wiemy, że p. Szymański nie jest „dyrektorem" szkoły; wiedzą o tem i odnośne władze. Dla ludzi o pewnych dążeniach, chorujących na manję wielkości, umiejętnie rozstawiających sidła na łatwowiernych, kontrola stanowczo musi być bezwzględną.

Wymienione ogłoszenie p. Szymańskiego ukazało się w druku zapewne wskutek przeoczenia cenzury, co możliwem jest wobec znacznego nawału pracy; całkowita odpowiedzialność spada w każdym razie na autora ogłoszenia.

Wybaczą czytelnicy, że w sprawie z pozoru tak błahej zająłem nieco więcej miejsca; wybaczy mi Szanowny Redaktor, że nadużyłem Jego gościnności. Uczyniłem to dlatego, że sprawa ta z wielu względów zasługuje na uwagę:

1) wszelkie bałamutne reklamy stanowczo nie powinny być tolerowane, bez względu na to, czy są „wyrobem" przeróżnych „kruków", które zbiegiem okoliczności przedostały się do naszego zawodu, czy też rzekomych lub nierzekomych „inteligentów";

2) o ile reklama posiada charakter *kłamliwy*, tembardziej powinna ona być napiętnowana; tym, którzy uważają za stosowne posiłkować się podobnem kłamstwem, powinno się śmiało kłamstwo to wytknąć;

3) Warszawa niestety posiada *więcej* podobnych dyrektorów, dla których wzór byłby ponętnym;

4) postępowanie p. Szymańskiego tembardziej zasługuje na uwagę, że służy za przykład półgłówkom, którzy zaraz po opuszczeniu ławy szkolnej rozgłaszają w pismach codziennych, w dziale „osobiste", że „uzyskali w takim to uniwersytecie dyplom... *lekarza-odontologa*", jak to właśnie czynią niektórzy uczniowie i uczenice szkoły p. Sz.;

5) odnośna władza, cenzurująca wszelkie ogłoszenia dentystów, dla dobra sprawy i zawodu powinna hamować zakusy różnych reklamistów, wadliwie pojmujących wymagania etyki zawodowej.

A więc, panowie: szanujcie siebie, jeżeli chcecie, aby was szanowano...

Racz, Szanowny Redaktorze, przyjąć słowa szacunku i głębokiego poważania.

S. Br.

Warszawa, 16.IV 1912 r.

Przyp. red. Sprawę nieetycznych ogłoszeń, ponownie ukazujących się w ostatnich czasach w pismach tutejszych, uważamy, jak i poprzednio, za nader doniosłą. Z wielu względów nie możemy jednak poświęcać jej stale zbyt wiele miejsca. Nie znaczy to oczywiście, abyśmy upadali na duchu. Uważamy jednak, że sprawą tą właściwie zająć się powinno T-wo Odontologiczne, które w tym kierunku bezsprzecznie wiele zdziałać może. Wobec tego, że Rosyjski Związek Dentystyczny

występuje w tej sprawie do Ministerjum Spraw Wewnętrznych i zbiera odpowiedni materjał dowodowy, świadczący o tolerowaniu sprawy reklam przez urzędy lekarskie, my, aby uczynić zadość wyrażonym życzeniom, zamieszczać będziemy przedruki wszelkich niewłaściwych reklam.

Kronika i sprawy zawodowe.

= **Sprostowanie.** W pracy kol. W. Zawidzkiego p. t. „Rys ortodontji nowoczesnej", wydrukowanej w n-rze 3 r. b. zaszły następujące omyłki: str. 77 w. 4 od góry—zamiast *„działa na obie szczęki"*— powinno być *„działa na obie szczęki równomiernie"*; w n-rze 4 r. b. w „odcinku": str. 35 w. 8 od góry — zamiast: *„może ją zdobyć"* — powinno być: *„ją zdobyć mógł"*.

= **Zmarł** w Piotrkowie dnia 31 marca r. b. dentysta **Zygmunt Rozenblatt**, przeżywszy lat 48 i tam pochowany został. Były wychowaniec gimnazjum piotrkowskiego, po uzyskaniu w r. 1888 przy warszawskim uniwersytecie dyplomu na stopień dentysty, osiadł w powyższem mieście, gdzie praktykował do śmierci. Był dentystą pułkowym, więziennym i gimnazjalnym.

Cześć Jego pamięci!

= **Pomoc lekarska w Warszawie.** Według statystyki urzędowej w Warszawie praktykuje 944 lekarzy, czyli na 1 lekarza przypada przeciętnie 809 mieszkańców. Według specjalności lekarze ci dzielą się: chorób wewn.—312, chirurgów—127, chorób kobiecych—149, dziecinnych—131, nerwowych—46, chorób oczu—33, skórnych—96, uszu, nosa i gardła—65; dentystów praktykuje 322 (1 na 2,373 mieszk.).

= **Kurs praktyczny z dziedziny ortodontji** zamierza w Warszawie urządzić kol. Zawidzki, znany w tej dziedzinie specjalista, o ile zbierze się odpowiednia grupa kolegów (maximum 12 osób). Kurs rozpocząć się może 15-go czerwca lub 1-go lipca (resp. o parę dni później). Kurs obejmie wszelkie prace przygotowawcze (elementarne) z uwzględnieniem przeważnie zajęć praktycznych; prócz tego rozpatrzonoby kilka wybitnych przypadków, wybranych ze zbioru modeli kol. Zawidzkiego. Równocześnie przeprowadzonoby leczenie chorego, do czego nadawałaby się najlepiej *progenia* żuchwy (jakiegoś niezamożnego pa-

cjenta w wieku od lat 10 do 14. O anonalję taką nie byłoby trudno. Z pośród kilku przygotowanych pacjentów można będzie wybrać jednego.

O ile kurs dojdzie do skutku, każdy z uczestników stosownie do uprzednio otrzymanych wskazówek musiałby dla siebie przyszykować odpowiednie ćwiczydło i posiadać najniezbędniejsze narzędzia i przyrządy, kleszcze, pasek bandażowy i t. p.

Koledzy zbieraliby się codziennie lub co drugi dzień na 2—3 godziny (mniej więcej 15 razy) wieczorem lub w dzień. O ile się zgłosi 20 kolegów, podzieleni oni będą na 2 grupy (wieczorna i dzienna). Honorarjum od osoby wynosić ma rb. 50 za kurs.

= **Dla dogodności kolegów**, zwracamy uwagę, apteka p. Zdankowskiego (zob. ogłoszenie) wprowadziła sprzedaż niektórych leków, obecnie bardziej używanych, *w dowolnej ilości*. Środki te: perhydrol, chlorphenol i t. p. dotychczas sprzedawane były w oryginalnem opakowaniu, co dla celów praktyki codziennej było nieco niedogodnem i dosyć drogo wypadało. Małych ilości powyższych leków apteki tutejsze dotychczas nie sprzedawały.

= **Echo fałszywych dentystów**. „Russkoje Słowo" z d. 20/2 IV/III r. b. komunikuje, że, jak ostatecznie wyjaśniono, sprawa powyższych dentystów wyznaczona została na 5 listopada (23 października podł. st. st.). Odbędzie się ona w 1-ym departamencie kryminalnym Moskiewskiej Izby sądowej; prezydować będzie prezes 2-go departamentu kryminalnego, I.W. Stryżewskij; przedstawicielami władzy oskarżającej będą: tow. prokuratora izby, K. D. Kafafow, i czasowo zaliczony do izby sądowej tow. prokuratora sądu okręgowego, Sobolewskij.

= **Praktyczna nowość**. Fabryka chemiczna Meister Lucius et Brüning (Hoechst n. Menem, oddział w Moskwie) wprowadziła do handlu *pałeczki nowokaino-suprareninowe dla celów znieczulania naciskowego* (Nowocain-Suprarenin-Stäbchen für Druckanaesthesie). Pałeczki te służą do otrzymywania *bez wstrzykiwania* zupełnego znieczulenia zębiny podczas świdrowania ubytków próchnicowych, jak również do uśmiercania miazgi bez uprzedniego działania arszenikiem. Pałeczki te zawierają 0,02 nowokainy i 0,0002 suprareniny. Zastosowanie odbywa się w ten sposób, że przy pomocy zwilżonego końca upychadła (z okrągłą główką) wprowadzamy pałeczkę do ubytku i umieszczamy

w tem miejscu, w którem mamy manipulować. Gdy pałeczka się rozpuści, ubytek zamykamy kawałeczkiem kauczuku, który przetrzymujemy w ubytku, naciskając coraz mocniej. Osiąga się to w ten sposób, że zalecamy pacjentowi kauczuk przyciskać zębami.

Cena rurki (à 20 pałeczek) dla dentystów kop. 65.

= **Kasa wzajemnej pomocy odontologów polskich.** Na odbytem w dniu 4/IV r. b. zebraniu zarządu zaliczono w poczet członków Kasy następujących kolegów: Arendta A., Szydzińskiego J. i Jakobsona M. Uchwalono zwołać ogólne nadzwyczajne zebranie, w celu bliższego omówienia sprawy, poczynienia pewnych zmian i uzupełnień w ustawie Kasy.

Od administracji.

Uprzejmie prosimy o wpłacenie należności za bieżące półrocze wprost do redakcji lub na ręce okaziciela kwitów, wydanych i podpisanych przez administrację. W celu uniknięcia przerwy w wysyłaniu „Kroniki", prosimy prenumeratorów zamiejscowych o rychłe nadesłanie przedpłaty, adresując przekazy: Redakcja Kroniki Dentystycznej, Długa 47.

Redaktor i Wydawca Lekarz-Dentysta **M. Krakowski.**

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Mazowiecka 8.